

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P. DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados” de Lima. Mayo del 2012**

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación**

**AUTOR**

**Gustavo Herbet Zuñiga Olivares**

**ASESOR**

**Washington Guillermo Otoy Torres**

**Manuel Yampufe Cornetero**

**Lima-Perú**

**2013**

## **DEDICATORIA:**

A mi Rosita, quien con su ejemplo de bondad y dulzura  
supo mirar al cielo y al mar, respirar hondo y decirme:

“Te amo Tavo, con toda mi alma.”

# **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco y reconozco al Licenciado Washington Otoy Torres y al Lic. Manuel Yampufé Cornetero, quienes con su amistad, alegría, profesionalismo y consejos, fomentaron la culminación de la presente.

Agradecimiento a los adultos mayores de la CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS, quienes participaron activamente en la entrevista; al personal de salud, administrativo, a las Hermanas de los Ancianos Desamparados, y en especial a la DIRECTORA, MADRE SUPERIORA, MARÍA CALDERÓN quienes con dedicación me apoyaron en la aplicación de la presente tesis.

Finalmente un sincero agradecimiento a todos los docentes de vocación, quienes me inculcaron el don de servicio a los demás, amor por Terapia Física y Rehabilitación, calidez y calidad humana de nuestra hermosa carrera.

## INDICE

• Resumen.....	5
• Abstract.....	6
• <b>CAPITULO I</b>	
Introducción.....	7
• <b>CAPITULO II</b>	
Material y	
Métodos.....	19
• <b>CAPITULO III</b>	
Resultados.....	25
• <b>CAPITULO IV</b>	
Discusión.....	32
• <b>CAPITULO V</b>	
Conclusiones y Recomendaciones.....	36
• <b>CAPITULO VI</b>	
• Referencias Bibliográficas.....	39
• Anexos.....	43











# RESUMEN

**OBJETIVO:** La alteración de la Actividad Funcional Básica más frecuente, compromete la movilidad del residente de la CASA - ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS

**DISEÑO DE ESTUDIO:** Diseño de estudio sin intervención y observacional con sistema de medición.

**MATERIAL Y METODOS:** El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, básico, prospectivo, transversal y descriptivo. Se realizó una entrevista personal al Adulto Mayor y/o cuidador empleando una ficha de Evaluación Funcional Básica del Adulto Mayor diseñada por la Organización Panamericana de Salud conocida como Índice de Barthel Modificado, el cual consta de 15 ítems.

Se hizo un censo poblacional en los pabellones llamados sociales con la exclusión de 08 Adultos Mayores por tener menos de 60 años, discapacidad física crónica y/o padecer de deterioro cognitivo.

**RESULTADOS:** Se entrevistó a 143 adultos mayores, del cual el 41.95% es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 78 años, el 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes; el nivel de actividad funcional según grupo de edad son de mayores porcentajes: en independientes con 59.18% en el grupo de 60-70 años, asistidos (con apoyo) con 45.71% en el grupo de 81-90 años, son dependientes con 40% en el grupo de más de 90 años y en el grupo de edad de 60-70 años solo un representante; la mayor actividad funcional básica más afectada en el índice de autocuidado es el bañarse con 37% y la menos afectada es alimentarse con 9.1%, en el índice de movilidad la mayor actividad funcional básica más afectada es entrar y salir de la ducha con 37.1%, y la menos afectada es movilización en silla de ruedas con 16.78%.

**CONCLUSIÓN:** En función al resultado del trabajo efectuado se conoce el nivel de actividad funcional básica de la población adulta mayor, y concluyo:

- 1) a mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas,
- 2) la prevención de la discapacidad funcional del Adulto Mayor se inicia evaluando sus Actividades Funcionales Básicas con el Índice de Barthel Modificado.

# ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Altering the most common basic functional activity, mobility committed resident of the house - Asylum of the Sisters of the Abandoned Elderly

**STUDY DESIGN:** Design of study without intervention and observational measurement system.

**MATERIAL AND METHODS:** The present research is quantitative, basic, prospective, transversal and descriptive. A personal interview was conducted for the Elderly and / or caregiver using a tab Basic Functional Assessment of Older designed by the Pan American Health Organization known as Modified Barthel Index, which consists of 15 items.

There was a census in halls called social exclusion of Aging 08 have fewer than 60 years, chronic physical disability and / or suffer from cognitive impairment.

**RESULTS** They interviewed 143 seniors, of which 41.95% are male. The average age of the elderly is 78 years, 68.53% are independent, require support 24.47% and 7% are dependents, level of functional activity by age group are higher percentages: 59.18% independent in the group 60-70 years, assisted (supported) with 45.71% in the group of 81-90 years, are dependent with 40% in the group over 90 years and in the age group of 60-70 years only representative; most basic functional activity more affected in the rate of self-care is bathing with 37% and the least affected is fed with 9.1% in the mobility index most basic functional activity most affected is in and out of the shower 37.1%, and the least affected is wheelchair mobilization with 16.78%

**CONCLUSION:** Depending on the outcome of the work done you know the basic functional activity level of older adults, and concluded:

- 1) with increasing age, the greater the deterioration of basic functional activities,
- 2) the prevention of functional disability Senior Activities begins by evaluating its basic functionality with the Modified Barthel Index.

# **INTRODUCCION**

# **CAPITULO I**

## **1.1. INTRODUCCIÓN**

En la actualidad ante el incremento de la esperanza de vida y el sedentarismo, las patologías no transmisibles - crónicas y/o degenerativas van adquiriendo protagonismo en la consulta diaria y los avances terapéuticos tienen cada vez más, el objetivo de paliar las consecuencias del envejecimiento y mejorar la calidad de vida de las personas, ya que el envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable.

La Organización Panamericana de Salud (OPS), nos señala que la declinación también puede acelerarse debido a factores relacionados a comportamiento individual de estilo de vida inadecuado y a factores externos y ambientales, sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia, como son la pobreza, la contaminación ambiental, factores emocionales - conductuales , etc.

A nivel internacional se viene realizando la evaluación geriátrica integral, considerando que una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional. El sistema de evaluación integral geriátrica ha empezado a utilizarse en los pacientes ambulatorios y hospitalizados en Lima y se ha obtenido datos importantes relacionados a la frecuencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo, depresión, síndromes geriátricos y otros aspectos relacionados; sin embargo, poco se conoce sobre las características de

la población adulta mayor en la comunidad y menos aún de aquella que habita en distritos y pueblos fuera de la ciudad de Lima.

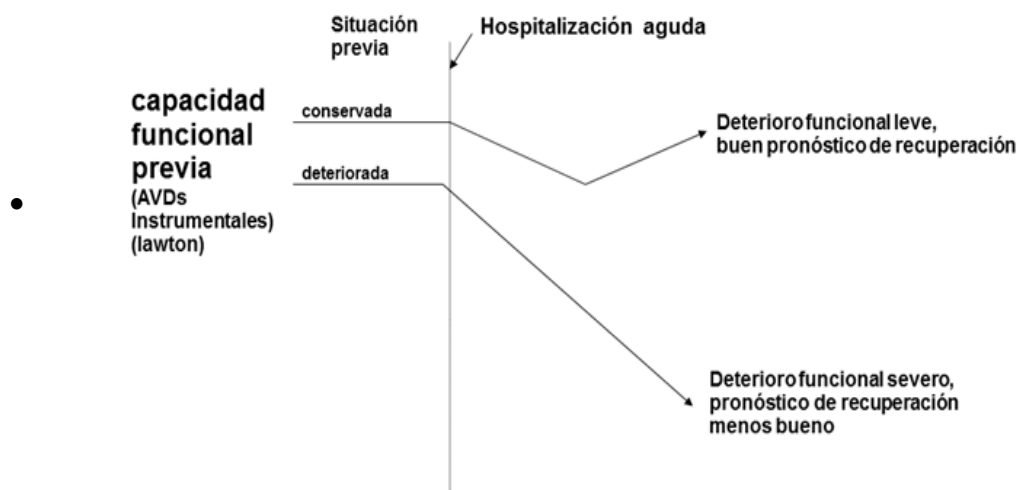
Siendo la población adulta mayor, rezagada en sus diferentes actividades, económicas y propias del deterioro como por ejemplo: Deprivación sensorial entre otras, que se evidencia ante la familia sobretudo al pasar a la condición de jubilado; asimismo, en algunos casos se ve como una “carga pesada”, la cual repercute negativamente en su salud. Estos casos se ven con frecuencia en la “CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”, *cuya ubicación* se da en la avenida Brasil (antes llamada Magdalena, cuando era una carretera de tierra que comunicaba el centro de la ciudad con el pueblo de Magdalena Vieja), en la actual Av. Brasil (n° 496), , construido por iniciativa de la benefactora Angélica de Osma Gildemeister (la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados llegó al Perú en 1898 y actualmente atiende alrededor de 400 ancianos en este asilo), convirtiéndose así en uno de los asilos para ancianos más importantes de Lima.

En dicho Centro se albergan los adultos mayores que han estado en situación de abandono, riesgo social, y/o pobreza, así también como aquellos que son enviados y mantenidos por sus familiares, los cuales son factores externos que aceleran su declive funcional básico, por eso es necesario identificar sus niveles de actividades funcionales básicas con el Índice de Barthel Modificado y mejorar o mantener dichas funciones básicas.

## 1.2. ANTECEDENTES

- La magister Victoria de Lucas Vaquero <sup>(8)</sup>, nos plantea que la evaluación conductual en la vejez ha de llevarse a cabo con un modelo multidimensional y comprensivo porque su salud y comportamiento son un binomio inseparable, donde las condiciones ambientales estresantes repercuten hondamente derivando en conductas de “cautela”, miedo a caídas, etc., sumando a su atención medica fragmentaria; por eso es necesario una valoración integral donde la valoración funcional es el componente más importante; además, resalta la importancia del índice de Barthel M.( a la hora de interpretar las ABVD y su movilidad mediante escalas de valoración) su carácter predictivo en cuanto a la estancia hospitalaria, institucionalidad y la mortalidad a corto y largo plazo en pacientes crónicos.
- En el estudio realizado por el Dr. Javier Cid-Ruzafa y colaboradores <sup>(9)</sup>, nos plantean al Índice de Barthel M. como una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. El IBM es útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria. Para una valoración más amplia hace falta la utilización de otros instrumentos además o en lugar del IBM. Remarca su amplia utilización facilita la comparabilidad de los estudios, característica altamente deseable de todo instrumento de medida. El IBM ha sido aplicado fundamentalmente en ámbitos hospitalarios y en centros de rehabilitación pero su posible utilidad en determinados estudios epidemiológicos (sobre todo población anciana y población institucionalizada) debe ser también tenida en consideración.
- En el estudio realizado en España por el Dr. Eduard Camps Ballester y colaboradores <sup>(10)</sup>, llegan a la conclusión por su experiencias, que el Índice de Barthel, en comparación con su operacionalidad y su facilidad de manejo se puede utilizar de forma habitual, conociendo el grado de dependencia de los pacientes según define la Ley, ya que no sólo contempla qué actividades no puede realizar la persona valorada; sino también, el grado de apoyo que necesita.

- El médico Reyes Albán Hugo Martín <sup>(11)</sup>, peruano, en su trabajo realizado en Piura sobre la valoración funcional del adulto mayor en atención domiciliaria, señala el crecimiento poblacional geriátrica es del 7% y para el año 2025 será del 12%, aumentando la demanda hospitalaria y su mortalidad es de 2 a 3 veces mayor que edades menores, por eso es necesario la valoración global, el cual es considerado por otros autores como una tecnología, por los grandes resultados obtenidos y dentro de la valoración global es importante la valoración funcional en las actividades básicas de la vida diaria empleando el índice de Barthel modificado.
- La doctora María Trigas Ferrin <sup>(12)</sup>, al analizar el índice de Barthel resalta que se originó como un índice de rehabilitación y que por su buena aceptación y base teórica se hizo extensivo a otras enfermedades, actualmente usado en el campo geriátrico. Cuando menciona las normas y puntuación
- Dr. Ramón Miralles <sup>(13)</sup>, español, en su estudio de la valoración de la capacidad funcional en el paciente anciano, nos plantea que según el estado de la capacidad funcional nos permite el pronóstico de recuperación ante una enfermedad, tal como lo vemos en el gráfico:



Gutiérrez Rodríguez J, y colaboradores <sup>(14)</sup> nos plantean que el perfil de las actividades más afectadas, tanto básicas como instrumentales, se encuentra relacionado con los problemas de movilidad general. Asimismo, señala la incapacidad funcional sería potencialmente evitable,

mediante la implantación de estrategias de intervención, dirigidas a evitar/recuperar la pérdida de función.

- En el estudio realizado en Chile, el Dr. P. Olivares-Tirado, C. Ibáñez y V Miranda, M Gillmore <sup>(15)</sup> al analizar la dependencia a partir de la encuesta a nivel nacional SABE se demostró que el 19,2% de los mayores de 60 años, presentaron una o más limitaciones en ABVD, siendo las mujeres (25,1%), significativamente más afectadas que los hombres( 17,3%).
- El modulo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), le da fundamento e importancia a la evaluación funcional del adulto mayor para mejorar o mantener su estado funcional. En su introducción nos plantea que la capacidad humana en relación con muchas funciones que aumentan desde la niñez y alcanzan un punto máximo en la edad adulta temprana (ver diagrama 1); asimismo que la declinación también puede acelerarse debido a causa de factores externos y ambientales, sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia, sin embargo, ambos factores pueden ser influenciados mediante políticas e intervenciones dirigidas: como ejemplo, en los ambientes de escasos recursos, un desafío especial es adaptar el entorno a las necesidades de las personas mayores discapacitadas y proveer dispositivos simples de asistencia. El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse.

El índice de BARTHEL M. es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo, que nos permite identificar la causa del deterioro funcional y su tiempo de evolución (por la periodicidad de la evaluación, esto determina la potencial reversibilidad).



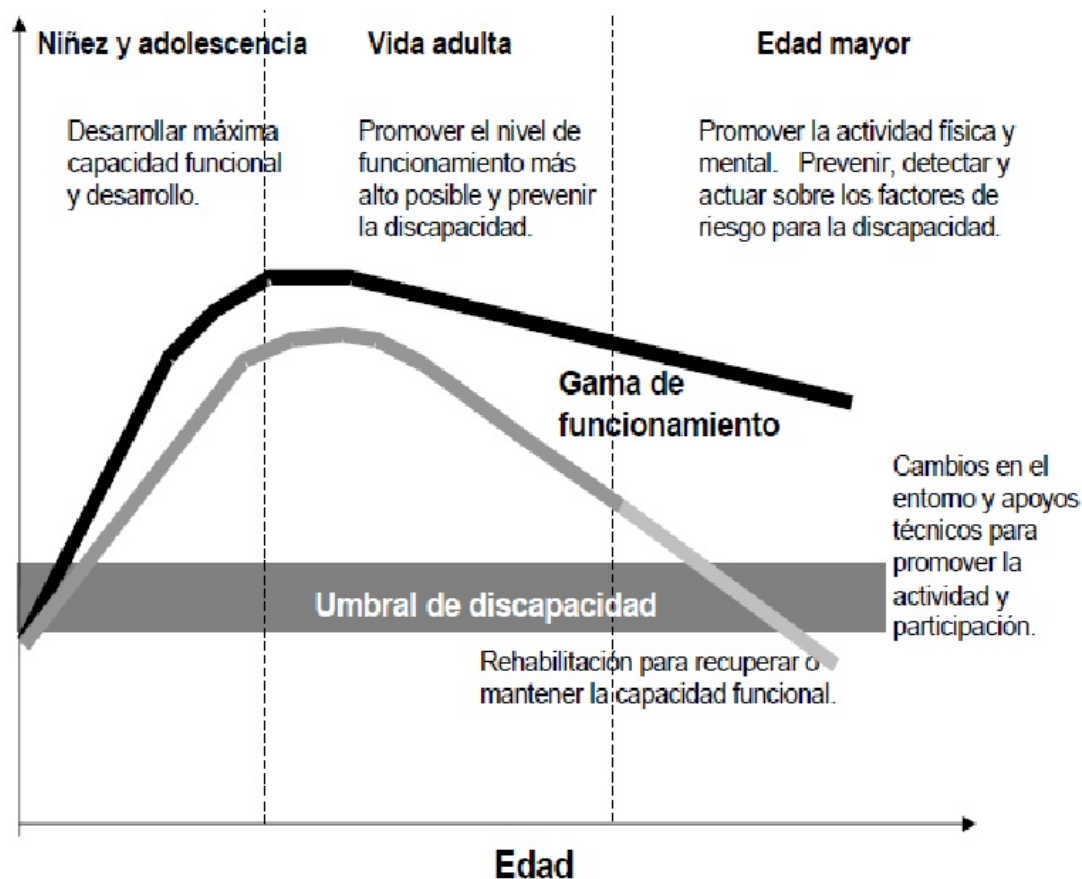


Diagrama 1.- Estado de la función en las etapas de la vida (Tomado de Módulo de Valoración Clínica - OPS)

- La licenciada Anally Fermina Maita Rojas <sup>(16)</sup> cita textualmente a la Organización Mundial de la Salud (OMS): “en el estudio de la calidad de vida del adulto mayor, hay que tener en cuenta aspectos tales como el estado de salud, la determinación de factores de riesgo de discapacidades, la predicción de discapacidades, el bienestar subjetivo y el estado funcional de este grupo poblacional”. La capacidad de realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), es resultante del funcionamiento de las áreas de salud física, mental y socio económico. Existe instrumentos de evaluación de la capacidad funcional para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), entre ellas se encuentra: el Índice de Katz, índice de Barthel, escala de Karnofsky, entre otras; sin embargo el instrumento de elección más utilizado es Barthel.
- La Dra. Katty Cabrera Roa y Manuel O. Swayne Ossa <sup>(17)</sup>, en su tesis, define la Valoración Geriátrica como la cuantificación a

todos los atributos y déficit importantes médicos funcionales y psicosociales, con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento y uso de recursos. La evaluación funcional diferentes índices y uno de ellos es el Índice de Barthel Modificado, demuestra que al tratarse debidamente la causa que origina la enfermedad, se incrementa su actividad funcional, como ejemplo, las mujeres que ingresaron con grado funcional G, en un 43.5% y egresaron con 32.6%; los hombres ingresaron con grado funcional G, un 51.3% y egresaron con 43.6%.

Tal como se observa en el cuadro que presentamos:

Katz	INGRESO				EGRESO			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>A</b>	3	6.5	2	5.1	3	6.5	3	7.7
<b>B</b>	2	4.3	5	12.8	7	15.2	6	15.4
<b>C</b>	4	8.7	2	5.1	2	4.3	3	7.7
<b>D</b>	6	13	3	7.7	6	13	4	10.3
<b>E</b>	6	13	5	12.8	7	15.2	5	12.8
<b>F</b>	5	10.9	2	5.1	6	13	1	2.6
<b>G</b>	20	43.5	20	51.3	15	32.6	17	43.6
<b>Total</b>	46	100	39	100	46	100	39	100

❖ En el documento del Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria <sup>(18)</sup> del Servicio de las Canarias, en su introducción, nos plantea, que a la edad de 85 años, hay un incremento de la incapacidad funcional, principalmente en la de bañarse; identifica 2 grupos:

- 1) Personas mayores en riesgo cuyo objetivo principal es la prevención y asistencia, tanto terapéutica como rehabilitadora.
- 2) Personas mayores sin riesgo, el objetivo es la prevención y promoción de salud.

Dentro de la valoración geriátrica integral incluye la física y funcional, esta última, valora el grado de independencia en la realización de las actividades de la vida diaria empleando el Índice de Barthel Modificado.

- ❖ La Lic. Murillo-Hernández Andrea, mexicana <sup>(19)</sup>, para valorar la frecuencia de la independencia en las actividades físicas de la vida diaria, emplea 2 escalas de valoración geriátrica, entre ellas está el índice de Barthel modificado, en la cual hace referencia en la evaluación del autocuidado y movilidad, y opta por incluir ciertos ítems de índice de Barthel a otra escala de valoración, sin considerar 2 ítems :el uso del inodoro y la continencia; y observamos en el cuadro I, hay un porcentaje mínimo de sujetos que no hacen ejercicio físico y realizan actividades de la vida diaria

### Frecuencia y porcentaje de actividades físicas independientes

(Índice de Katz e Índice de Barthel) en 60 adultos mayores

Edad	60-69	70-79	>80
Actividad	R.E. (n=19) N.R.E. (n=23)	R.E. (n=10) N.R.E. (n=6)	R.E. (n=1) N.R.E. (n=1)
<b>Bañarse</b>	19 (100%) 23 (100%)	10 (100%) 6 (100%)	1 (100%) 1 (100%)
<b>Vestido superior e inferior</b>	19 (100%) 23 (100%)	10 (100%) 6 (100%)	1 (100%) 1 (100%)
<b>Movilización con ayuda biomecánica</b>	19 (100%) 23 (100%)	10 (100%) 6 (100%)	1 (100%) 1 (100%)
<b>Alimentación</b>	19 (100%) 23 (100%)	10 (100%) 6 (100%)	1 (100%) 1 (100%)
<b>Arreglo personal</b>	19 (100%) 22 (96%)	10 (100%) 6 (100%)	1 (100%) -

<b>Caminar en un cuarto pequeño</b>	19 (100%) 22 (96%)	10 (100%) 6 (100%)	1 (100%) 1 (100%)
-------------------------------------	--------------------	--------------------	-------------------

R.E. = Realiza ejercicio n=30    N.R.E. = No realiza ejercicio n=30

- La Doctora peruana Sonia Vásquez Peso <sup>(20)</sup>, en su tesis, resalta el papel que cumple el Hospital de Día Geriátrico, donde se efectúa una valoración geriátrica integral y dentro de ella las actividades funcionales básicas, con el objetivo de una recuperación máxima en su capacidad física, mental y social. Remarca que los geriatras ven a la rehabilitación como la función más importante en dichos centros. Asimismo, plantea que a mayor edad hay mayor dependencia en sus actividades de la vida diaria, por ejemplo, los que tienen más de 75 años, restringen su actividad 2 veces menos que entre 45-64 años.
- El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España <sup>(21)</sup>, hace una clasificación de la dependencia por grados: dependencia total, moderada y leve en una encuesta hecha el 2006 considera que del 24,9% de población mayor con dependencia, el 3,3% presenta dependencia grave o completa, el 5,2% dependencia moderada y el 16,5% leve o ligera.
- Los Drs. Enrique Viosca Herrero y colaboradores, españoles, <sup>(22)</sup> nos remarcan la importancia de la evaluación funcional, el cual surgió de la necesidad que tiene de evaluar la efectividad del tratamiento, el progreso de sus pacientes y la planificación de las necesidades de sus servicios. La evaluación funcional, consiste en la medición de las características dinámicas del individuo, incluyendo las actividades, habilidades, actuaciones prácticas, condiciones ambientales y necesidades de dicho individuo.

### **1.3. JUSTIFICACION**

Tanto la experiencia nacional e internacional mencionada, nos hace ver la importancia del trabajo de investigación realizado y tal como lo establece la OPS, debemos preparar planes estratégicos, centrando en la prevención y promoción de la salud. Los trabajos de investigación centran en lo curativo, es decir, para las personas adultas mayores hospitalizadas o ambulatorios que padecen de alguna dolencia; en cambio, este trabajo está orientado desde el punto de vista preventivo, para ello es necesario conocer el estado actual funcional básico del adulto mayor. Si bien es cierto, al ingresar un adulto mayor a la Casa – Asilo de las HERMANITAS de los ancianos desamparados, solo cuentan con la evaluación física de la enfermera y/o cuidadora, es adecuada hacer ejecutable la valoración con el Índice de Barthel Modificado, dentro de los índices de autocuidado y movilidad, de esta manera se incrementa la sensibilidad a los cambios del estado de salud del adulto mayor, permitiendo una mejor identificación de dichos cambios, a través del tiempo en la autonomía del adulto mayor y sus necesidades de servicio. Basado en la evaluación de las actividades funcionales básicas, planificamos, con la finalidad de mantener y/o aumentar dichas actividades básicas, es decir, enlentecer su declive funcional.

## **1.4. OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la actividad funcional básica de los residentes de los pabellones sociales de la “CASA - ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”, de la ciudad de Lima, en el mes de mayo del 2012.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Evaluar las actividades básicas de la vida diaria en el Adulto Mayor de la “CASA - ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”,
- Establecer sus niveles de actividad funcional básica en el Adulto Mayor de la “CASA - ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”.
- Determinar las actividades básicas más afectadas en el Adulto Mayor de la “CASA - ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”

# **MATERIALES Y METODOS**

# CAPITULO II

## MATERIALES Y METODOS

### 2.1. TIPO DE INVESTIGACION Y DISEÑO

El presente trabajo de investigación es cuantitativo, básico, prospectivo, transversal y descriptivo. Diseño de estudio sin intervención y observacional con sistema de medición.

### 2.2. POBLACION

Los residentes que habitan en los pabellones sociales de la **“CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”**.

La población de los pabellones sociales consta de 143 residentes y están distribuidos en 2 pabellones.

Muestra.-

Pabellón A: 60; Pabellón B: 83

Emplearemos la fórmula de tamaño de muestra para estimar una media cuantitativa.

### 2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS.-

Adulto Mayor del pabellón social de la **“CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”**.

### 2.4. MUESTRA.-

El tamaño de la muestra son 143 los adultos mayoresambos pabellones, varones y mujeres,determinados según los criterios de selección que a continuación detallo:



## **CRITERIOS DE SELECCIÓN.-**

### **❖ Criterios de inclusión.-**

Adultos mayores de los pabellones sociales que den su consentimiento según las normas de ética considerada en el anexo N° 2.

### **❖ Criterios de exclusión.-**

- Adulto Mayor menor de 60 años.
- Adulto Mayor con discapacidad física crónica.
- Adulto Mayor que padezca de deterioro cognitivo.

## **2.5. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION.-**

- ❖ Las Actividades Funcionales Básicas son variables cualitativas y politómicas.
- ❖ Sexo es una variable cualitativa y dicotómica.
- ❖ Edad es una variable cuantitativa y politómica.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.-

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Actividades Funcionales Básicas.	Son actividades primarias que nos permiten movilidad, auto cuidado y autonomía.	Independencia para realizar actividades funcionales básicas.	Alimentación Baño Vestirse Aseo Personal Continencia Higiene Personal Traslado Deambulaci3n Desplazamiento (con equipamiento) Tregar (escalones)	Grados de independencia para realizar las actividades funcionales básicas:  -Independiente. -Con ayuda. -Dependiente.
Edad	Tiempo de vida que tiene una persona.			-60-70 a1os -71-80 a1os -81-90 a1os -M1s de 90 a1os.
Sexo	G1nero som1tico de la persona.			-Femenina. -Masculino.

### 2.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.-

La t1cnica empleada fue el de la entrevista al adulto mayor y/o cuidador, a trav1s de un cuestionario que contiene los 15 1tems del 1ndice de Barthel modificado, como son los aspectos de: ba1arse, vestirse, apariencia personal, inodoro, continencia, traslado, caminar, subir/bajar escaleras, utilizaci3n de silla de ruedas y alimentarse, entre otros. (Anexo N1).

## **2.7. PROCEDIMIENTOS.-**

Para la realización del presente trabajo de investigación se gestionó lo siguiente:

- Se presentó una solicitud a la Directorade la“CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”,para contar con su autorización y apoyo en la respectiva aplicación del proyecto.
- Se obtuvo los nombres de los Adultos Mayores de los 2 pabellones, tanto el de hombres como el de mujeres.
- Desplazamiento al dormitorio de cada Adulto Mayor.
- Se presentó y/o se dió lectura del documento del Consentimiento Informado.
- Se efectuó la entrevista personal al adulto mayor o cuidador con el Índice de Barthel Modificado.

## **2.8. ANALISIS DE DATOS.-**

Se hizo uso de la estadística descriptiva para elaborar las tablas de frecuencias, gráficos estadísticos, etc.y fueron trasladados a la base de datos en el programa Office 2010 – Excel para posteriormente ser procesados.

## **2.9. CONSIDERACIONES ETICAS.-**

Toda la información obtenida procede de los Adultos Mayores que expresamente dieron su consentimiento oral y/o escrito, tras la exposición de los objetivos del estudio. (Anexo N° 2)

Toda la información recogida es estrictamente confidencial y de exclusivo manejo por parte del grupo investigador. Aunque estos datos también pueden ser adjuntados a la Historia Clínica de cada paciente para una evaluación posterior por el personal asistencial.

# RESULTADOS

## CAPITULO III

# RESULTADOS

Los datos obtenidos de la recolección de datos nos proporciona la siguiente información:

### CARACTERISTICAS DE LA POBLACION SEGÚN SEXO

**TABLA N° 1**

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MASCULINO	60	41.95
FEMENINO	83	58.05
TOTAL	143	100%



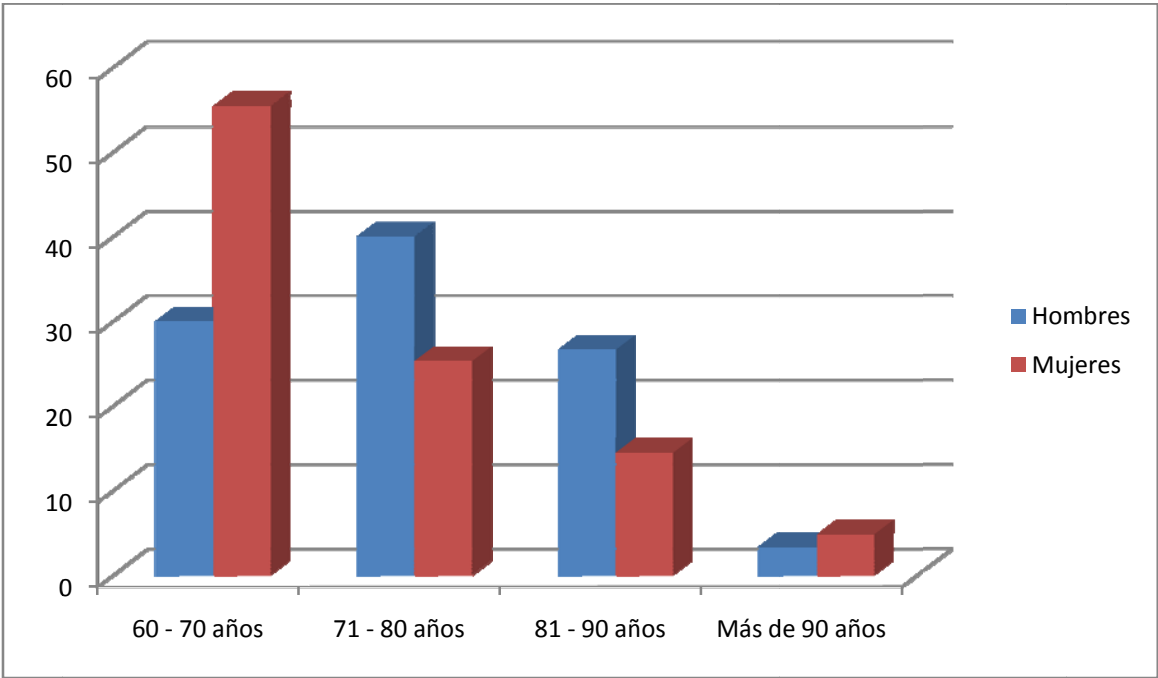
Este grafico nos muestra que la distribución de los adultos mayores según sexo el mayor porcentaje corresponde al masculino con 41.95% y el femenino con 58.05%.

# CARACTERISTICAS DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO

TABLA N° 2

EDAD	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	N°	%	N°	%
60-70 Años	18	30	46	55.42
71-80 Años	24	40	21	25.30
81-90 Años	16	26.67	12	14.46
Más de 90 Años	2	3.33	4	4.82
Total	60	100%	83	100%

GRAFICO N° 2



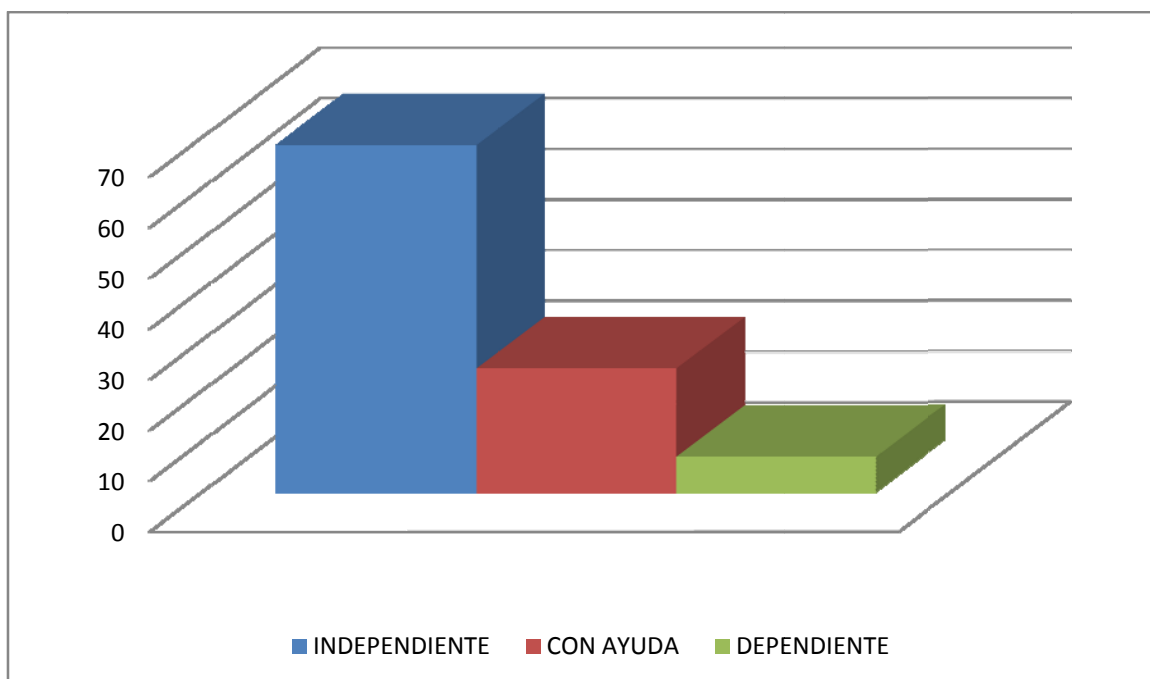
En este grafico se relaciona el sexo con grupos de edades vemos que hay mayor porcentaje masculino con un 40% en el grupo de 71-80años y el mayor porcentaje femenino con 55.42% en el grupo de 60-70años.

## ADULTO MAYOR SEGÚN NIVELES FUNCIONALES BASICAS

TABLA N° 3

ADULTO MAYOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
INDEPENDIENTE	98	68.53
CON AYUDA	35	24.47
DEPENDIENTE	10	7
TOTAL	143	100 %

GRAFICO N° 3



El grafico expresa que en los adultos mayores el nivel funcional de independientes es 68.53%, requieren asistencia 24.47% y dependientes 7 %.

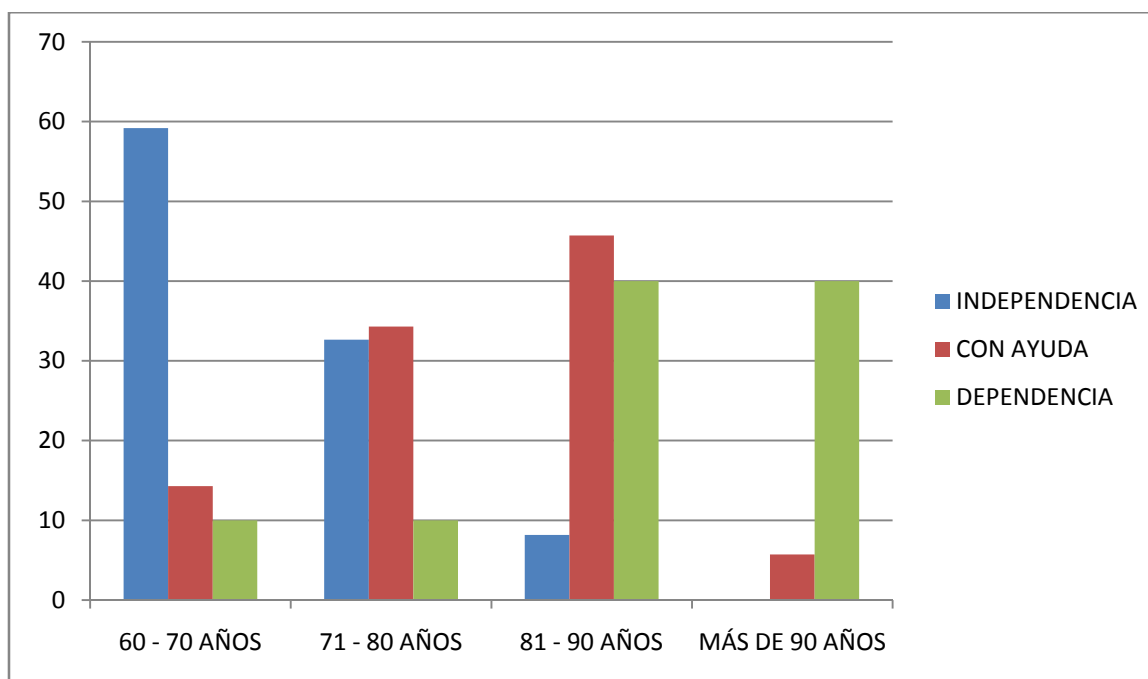


## NIVELES FUNCIONALES BASICOS SEGÚN GRUPO DE EDADES

**TABLA N° 4**

EDAD	INDEPENDIENTE		CON AYUDA		DEPENDIENTE	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>60-70 Años</b>	58	59.18	05	14.29	01	10
<b>71-80 Años</b>	32	32.65	12	34.29	01	10
<b>81-90 Años</b>	08	8.17	16	45.71	04	40
<b>MAS DE 90 Años</b>	00	00	02	5.71	04	40
<b>TOTAL</b>	98	100%	35	100%	10	100 %

**GRAFICO N° 4**



El grafico del nivel funcional con grupos de edades se observa que son de mayor porcentaje en independientes con 59.18 % en el grupo de 60-70 años; asistidos con 45.71 % en el grupo de 81-90 años; son dependientes con 40% en el grupo de más de 81-90 Y 90 años; en el grupo de edad de 60-70 años no hay dependientes.

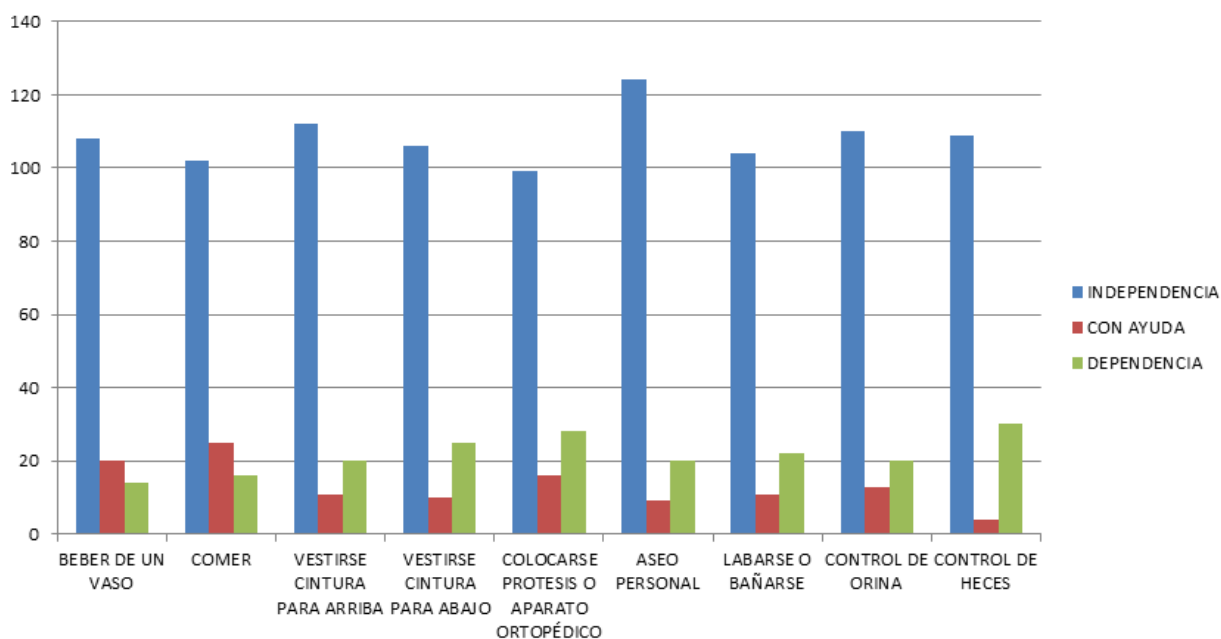
## ACTIVIDADES FUNCIONALES BASICAS MÁS AFECTADAS

**TABLA N° 5**

## ÍNDICE DE AUTOCUIDADO

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	CON AYUDA	DEPENDIENTE
BEBER DE UN VASO	109	20	14
COMER - ALIMENTARSE	125	10	08
VESTIRSE CINTURA PARA ARRIBA	115	20	08
VESTIRSE CINTURA PARA ABAJO	106	10	25
COLOCARSE PRÓTESIS O APARATO ORTOPÉDICO	99	16	28
ASEO PERSONAL	113	10	20
LABARSE O BAÑARSE	90	30	23
CONTROL DE ORINA	110	13	20
CONTROL HECES	109	14	20

**GRAFICO N° 5**



En el grafico vemosque la actividad funcional basica mínima realizada – ÍNDICE DE AUTOCUIDADO – realizada en independientes es colocarse prótesis y/o zapato ortopédico, para el cual toma consideracion la colocación

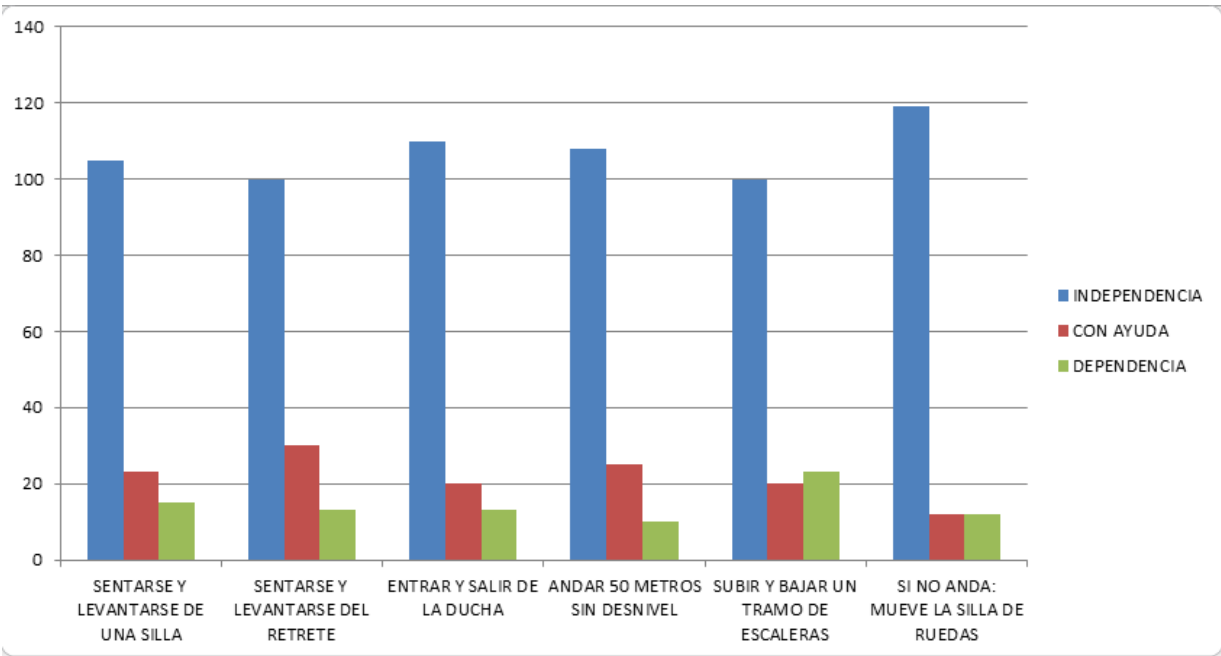
de sus zapatos con pasador, con 162; los asistidos en alimentos con 7 y en dependientes es alimentos con 17.

**TABLA N° 6**

**ÍNDICE DE MOVILIDAD**

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	ASISTIDO	DEPENDIENTE
SENTARSE Y LEVANTARSE DE UNA SILLA	105	23	15
SENTARSE Y LEVANTARSE DEL RETRETE	100	30	13
ENTRAR Y SALIR DE LA DUCHA	90	34	19
ANDAR 50 METROS SIN DESNIVEL	108	25	10
SUBIR Y BAJAR UN TRAMO DE ESCALERAS	98	22	23
SI NO ANDA: MUEVE LA SILLA DE RUEDAS	119	12	12

**GRAFICO N° 6**



En el grafico vemosque la actividad funcional basica realizada en independientes es bañarse con 162; los asistidos en alimentos con 7 y en dependientes es alimentos con 17

# **DISCUSSION**

## CAPITULO IV

### DISCUSION

Actualmente no se cuenta con estudios similares realizados en nuestro país y la información que se tiene es insuficiente para realizar las comparaciones respectivas; sin embargo, en el presente trabajo de investigación algunos resultados en lo general confirman estudios efectuados a nivel nacional e internacional como por ejemplo: a más edad, mayores alteraciones en sus actividades funcionales básicas y la actividad funcional básica más alterada es la de bañarse y dentro de la movilidad, la mayor actividad funcional básicamas afectada es entrar y salir de la ducha.

Es necesario plantear una limitación observada en la casa Hogar, cual es la falta de un especialista en salud mental, un psiquiatra, el cual hubiera permitido hacer un mejor criterio de selección al diferenciar los estados de trastornos mentales con los de trastornos de conducta; para disminuir el sesgo de error se hizo cruce de información de la cuidadora, enfermera, doctor en geriatría y el psicólogo, dando como resultado 18 excluidos donde la mayoría son dependientes con trastornos psiquiátricos.

Los estudios realizados sobre las actividades funcionales básicas en adultos mayores Casa - Asilo de las hermanitas de losAncianosDesamparados con fines preventivos no existen; se trabaja con pacientes en la parte de rehabilitación sin lograr cubrir la demanda.

Sobre los niveles de actividades funcionales básicas mencionados a nivel internacional <sup>(15)</sup> y <sup>(21)</sup> donde difieren de los porcentajes encontrados en la Casa Hogar que son 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes (Ver tabla y grafico N° 3), porque obedecen a situaciones de países con realidades diferentes y al empleo del índice de Barthel modificado adaptadas a sus pacientes adultos mayores <sup>(21)</sup> quienes al padecer de problemas urinarios no consideran 2 ítems como es del uso del inodoro y la incontinencia. Asimismo, los estudios efectuados en el Perú difieren de los resultados de la Casa Hogar, porque las condiciones de los adultos mayores son diferentes como el no estar institucionalizados en albergues y/o padecer de alguna patología y al empleo de otros índices y/o el índice de Barthel no modificado, donde no se consideran los índices de autocuidado y movilidad.

Los niveles de actividades funcionales según edades encontrados en la Casa Hogar donde la mayoría, 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes); la mayoría de autores coinciden de que a medida que pasan los años aumenta la discapacidad física <sup>(7)</sup> y <sup>(11)</sup>, tal como lo expresan los resultados encontrados donde en el grupo de 60-70 años no hay dependientes y en el grupo de más de 90 años son un 47%.

Las actividades funcionales básicas más afectadas encontradas (ver tabla y grafico N°5) es el bañarse con 37% y la menos afectada es alimentarse con 9.1%, en el índice de movilidad la mayor actividad funcional básica más afectada es entrar y salir de la ducha con 37.1%, y la menos afectada

esmovilización en silla de ruedas con 16.78% lo cual corrobora los estudios hechos tanto a nivel nacional como internacional.

Es importante remarcar sobre la evaluación, en este punto existen disímiles clasificaciones y puntuaciones, por ende diferentes interpretaciones:

Como vemos en todos estos planteamientos,<sup>(1), (7) y (17)</sup> no hay unidad de criterios, lo cual nos debe llevar a tratar el problema y solucionarlo, manteniendo su sencillez y sin disminuir su validez; al aplicar el índice de Barthel modificado, con la puntuación numérica de puntos establecidos a la actividad que se hace independiente, con apoyo y dependiente, nos permite una clasificación más precisa y sencilla porque deducimos que el mayor puntaje de 100 indica independencia y 0 (cero) de puntaje indica dependencia total, es decir, a mayor puntaje, hay mayor actividad funcional básica.

Otro punto es que una de las bondades del índice de Katz es su carácter jerárquico, permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos, y detectar cambios a lo largo del tiempo; en su aplicación un autor <sup>(11)</sup>, menciona sobre su carácter jerárquico de los 13 ítems, el cual no se cumple en un 5%.

En el resultado de lo efectuado, se constata (tabla y gráfico N° 5 y 6) que corresponde a las actividades de autocuidado y movilidad respectivamente, las cuales poseen ítems específicos por las actividades a evaluar.

# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**



## CAPITULO V

### CONCLUSIONES

- ❖ La evaluación de las actividades funcionales básicas en la Casa - Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados nos permite ver la magnitud del nivel de su capacidad funcional.
- ❖ El 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes
- ❖ Se corrobora que el grupo etario de mayor edad, tiene mayor dificultad en sus actividades funcionales básicas.
- ❖ La actividad funcional básica más afectada en el índice de autocuidado es el bañarse con 37% y la menos afectada es alimentarse con 9.1%, en el índice de movilidad la mayor actividad funcional básica más afectada es entrar y salir de la ducha con 37.1%, y la menos afectada es movilización en silla de ruedas con 16.78%.
- ❖ La prevención de la discapacidad funcional del Adulto Mayor se inicia evaluando sus Actividades Básicas de la Vida Diaria con el Índice de Barthel Modificado.

## RECOMENDACIONES

- ❖ Recomendamos unificar criterios para la evaluación a través de índices internacionales y tener un lenguaje común y sencillo.
- ❖ Recomendar que la clasificación de asistencia del adulto mayor se escriba con una puntuación adecuada, que no genere dudas, como lo es el puntaje negativo.
- ❖ Recomendar brindar mayor especificidad en el ítem de lavado y bañarse, pudiendo clasificarse en lavado del cuerpo superior e inferior.

# **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

## CAPITULO VI

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) **Luis Fernando Varela Pinedo.** Geriatría - Primera Parte Valoración geriátrica integral.Revista Diagnostico, Volumen 42,Nº 2.Marzo Abril 2003
- (2) **Erika Ramos.** Valoración Geriátrica Integral.1º bloque: Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad.2004; 33.
- (3) **Organización Panamericana de la Salud (OPS).**Manual de Educación Gerontológica para el Personal de Salud de Atención Primaria de Salud, .Aspectos Clínicos en la Atención a los Adultos Mayores, modulo 3: Evaluación Funcional del Adulto Mayor; agosto 2001; 34-35.
- (4) **Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW.** Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med. J 1958; 51: 605-609
- (5) **Mahoney FI, Barthel DW.** Functional evaluation: the Barthel Index. Md. Med J 1965; 14: 61-65.
- (6) **Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB.** Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 145-154.
- (7) **Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE.** rehabilitation: Analysis of repeated; Barthel index measure. Arch Phys. Med Rehabil. 1979; 60:14-17
- (8) **De Lucas Vaquero.** Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de Evaluación. Nueva Edición Diciembre 2003.
- (9) **Javier Cid Ruzafa y Javier Damián Moreno.** Valoración de la discapacidad FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL. Re\ Esn Salud Púhhca 1997. 71: 177-137

- (10) **Eduard Camps Ballester, Lola Andreu Periz, Marta Colomer Codinachs.** Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia, Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2009; 12 (2): 104/110
- (11) **Reyes Albán.** Evaluación Funcional de los Pacientes Adultos Mayores atendidos en visita domiciliaria de la jurisdicción del CM Leoncio Amaya Tume; 2009.
- (12) **M Trigás Ferrín.** Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD); 2006.<http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>.
- (13) **J Robles Raya, R Miralles Basseda, I Llorach Gaspar Antón, Cervera Alemany, E Corujo Rodríguez de Guzmán Pérez Hernández;** Tratado de Geriátrica para Residentes; Definición Tipología de Ancianos y población diana objetivos de la especialidad de Geriátrica, Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano; 2006, Coordinación editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C) 2996
- (14) **Gutiérrez Rodríguez J, Pérez Linares T, Fernández Fernández M, Alonso Álvarez M, Iglesias Cueto M, Solano Jaurrieta J J.** Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. *Mapfre Medicina*, 2001; 12: 271.
- (15) **P. Olivares-Tirado, C. Ibáñez y V Miranda, M Gillmore.** Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS,. Departamento de Economía de la Salud. MINSAL. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, 2008.
- (16) **Anally Fermina Maita Rojas.** Riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima 2008. Tesis de UNMSM. 2009; 37-38.
- (17) **Katty Cabrera Roa y Manuel O. Swayne Ossa.** Valor de la Evaluación Geriátrica en Servicio de Hospitalización de la Clínica Geriátrica San José (Diciembre 2000 a Mayo 2001)(tesis) ; 2002.

- (18) **Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.** Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria; 2002, Editado por el Servicio Canario de Salud. Segunda edición febrero del 2002.
- (19) **Murillo-Hernández Andrea, Loo-Morales Irene,** Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del adulto mayor. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (1): 11-20
- (20) **Sonia Enith Vásquez Peso.** Perfil Epidemiológico de los Ancianos que acuden a un Hospital de Día de Geriátría. Tesis Digital de UNMSM. 2008; 7
- (21) **Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,**A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006, Madrid.2008.
- (22) **Enrique Viosca Herrero, Jaime Prat Pastor, Carlos Soler Gracia, M<sup>a</sup> Francisca Peydro de Moya, M<sup>a</sup> José Vivas Broseta, M<sup>a</sup> Amparo García Mas, David Garrido Jaén, Pilar Serra Añó, Juan López Pascual, José María Baydal Bertomeu y Rafael Rosell Tejada.**Valoración Funcional. Editado por el Instituto de Biomecánica de Valencia.3<sup>a</sup> edición actualizada del 2007; 3.

**ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### EVALUACION FUNCIONAL BÁSICA DEL ADULTO MAYOR

Nombre y apellidos:.....

Edad: ..... Sexo: .....

Discapacidad Crónica: ..... Fecha de evaluación: .....

### INDICE DE BARTHEL MODIFICADO

#### **CALIFICACIÓN**

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

	Independencia	Con ayuda	Dependencia
<b>Índice de autocuidado</b>			
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
<b>Puntuación total -Índice de autocuidado</b>			
<b>Índice de movilidad</b>			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0
<b>Puntuación total -Índice de movilidad</b>			
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – Í BARTHEL Modif. GRANGER</b>			



## **ANEXO N° 2**

### **Facultad de Medicina - UNMSM**

#### **Formato del Consentimiento Informado**

Investigador: GUSTAVO ZUÑIGA OLIVARES.

#### **Propósito**

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos hace estudios sobre las actividades funcionales básicas en la CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS, ubicada en el distrito de Jesus Maria, con el propósito de clasificarlo en los diferentes pabellones de acuerdo al índice de Barthel modificado que aplicaremos.

#### **Participación**

Este estudio pretende conocer a través del índice de Barthel modificado la capacidad funcional de los residentes de la CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS lo que nos permitirá tener una base de sus capacidades funcionales en sus actividades de la vida diaria y planificar las debidas soluciones en forma oportuna.

Si usted participa en el estudio, únicamente se le va hacer una encuesta con diferentes preguntas sobre actividades funcionales básicas diarias como por ejemplo si efectúa la marcha solo, o apoyo o no lo efectúa.

#### **Riesgos del Estudio**

Este estudio no representa ningún riesgo para usted. Para su participación sólo es necesaria su autorización y la encuesta.

#### **Beneficios del Estudio**

Es importante señalar que con su participación, ustedes contribuyen a mejorar los conocimientos en el campo de su capacidad funcional..

Al concluir el estudio se proporcionara al albergue el trabajo realizado.

#### **Costo de la Participación**

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted.

#### **Confidencialidad**

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información.

#### **Requisitos de Participación**

Los posibles candidatos/candidatas deberán ser residentes de la CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS.

Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento, con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente.

Sin embargo, si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

#### **Donde conseguir información**

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con **GUSTAVO ZUÑIGA OLIVARES** al teléfono fijo 3654195 o celular 945363433 donde con mucho gusto serán atendidos.

#### **Declaración Voluntaria**

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio. Estoy enterado(a) también que puedo participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte del equipo de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de:

**Evaluación de la Actividad Funcional Básica en el Adulto Mayor de la “CASA – ASILO DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS”** de Lima, \_\_\_\_\_ del 2012.

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012

**Dirección** \_\_\_\_\_

## ANEXO N°3

### FOTOS N° 1



Brindando información a los Adultos Mayores.

### FOTOS N° 2



Residente adulto mayor de 78 años de edad con actividad física asistido.

### FOTOS N° 3



Completando la encuesta, la respuesta de los ítems.

### FOTO N° 4



Resolviendo dudas y preguntas, después de la encuesta.

**FOTO N° 5**



Realizando pautas, brindando recomendaciones y precauciones a los residentes.

**FOTO N° 6**



Brindando las gracias y alegría a los residentes.